UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES ET SARCOMES

DES TENDONS

ET DE LEURS GAINES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1910

PAR

Mlle Catherine KOUPPER

Née à Moscou (Russie), le 28 mars 1879

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse TÉDENAT, Professeur, *Président.*
CARRIEU, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
LAGRIFFOUL, Agrégé
Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES ET SARCOMES

DES TENDONS

ET DE LEURS GAINES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES ET SARCOMES

DES TENDONS

ET DE LEURS GAINES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1910

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Mlle Catherine KOUPPER

Née à Moscou (Russie), le 28 mars 1879

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse — TÉDENAT, Professeur, *Président.* — CARRIEU, Professeur — SOUBEYRAN, Agrégé — LAGRIFFOUL, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATVIE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur.*	LAGRIFFOUL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

C. KOUPPER.

A MES MAITRES

DES FACULTÉS DE PARIS ET DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

C. KOUPPER.

AVANT-PROPOS

En arrivant à la fin de nos études et sur le point de quitter la Faculté de Montpellier, nous tenons à témoigner notre profonde reconnaissance pour tous ceux qui nous ont guidée dans nos études, et c'est avec plaisir que nous profitons de l'occasion qui se présente à nous.

C'est à la Faculté de médecine de Paris que nous avons débuté, et c'est un devoir bien doux pour nous de remercier du fond du cœur tous les Maîtres dont nous avons suivi l'enseignement.

Venue à Montpellier pour terminer notre scolarité, nous avons pu connaître et apprécier les professeurs de cette Faculté dont nous emportons un souvenir plein de reconnaissance.

Et d'abord, nous remercions M. le professeur Tédenat de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse. Nous garderons de ce Maître un souvenir plein de sympathie et de reconnaissance.

M. le professeur Carrieu a droit à toute notre gratitude ; nous le remercions ainsi que M. le professeur

Lagriffoul d'avoir bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

C'est à M. Soubeyran que nous devons l'idée de ce travail ; qu'il nous soit permis de lui témoigner toute notre gratitude et de l'assurer de notre profonde reconnaissance.

Nous garderons un bon souvenir de tous ceux qui se sont intéressés à nous.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES ET SARCOMES

DES TENDONS

ET DE LEURS GAINES

INTRODUCTION

La connaissance des maladies des tendons et de leurs gaînes synoviales est en partie bien acquise grâce aux travaux de nombreux chirurgiens. L'étude des tumeurs liquides et des kystes synoviaux a donné lieu à de nombreuses études.

Les tumeurs solides ont été beaucoup moins étudiées et c'est à peine si on les trouve mentionnées dans les classiques. D'ailleurs ces tumeurs solides sont rares et il n'a été publié qu'un petit nombre d'observations. M. le professeur agrégé Soubeyran, chargé de cours de médecine opératoire, nous a communiqué l'observation inédite qui est le point de départ de ce travail et nous a indiqué ce sujet pour notre thèse inaugurale. Nous te-

nons à le remercier encore une fois d'avoir bien voulu nous communiquer cette très intéressante observation.

Il s'agit d'un fibro-myxo-sarcome du cou-de-pied, de la grosseur d'une noix, indépendant de la peau, mais adhérent aux tendons des extenseurs en avant desquels il était situé.

Laissant de côté les lipomes, nous nous occuperons des fibromes, sarcomes et sarcomes à myéloplaxes. Après avoir étudié leur étiologie et leur anatomie pathologique et avoir décrit quelques observations, nous parlerons des symptômes, du diagnostic et du traitement.

HISTORIQUE

Les études portant sur les tumeurs solides des tendons et de leurs gaînes synoviales sont très peu nombreuses. On trouve surtout des cas isolés et en dehors de la thèse de O. de Pezzer (Contribution à l'étude des tumeurs solides des gaînes synoviales), de la thèse de Bolognesi sur les tumeurs des gaînes synoviales du poignet, du travail de Heurtaux sur les myélomes des gaînes tendineuses, et enfin de la communication de Malherbe, on ne trouve pas d'études générales donnant une vue d'ensemble sur ces tumeurs. Et encore devons-nous faire remarquer que les travaux de Heurtaux et de Malherbe portent exclusivement sur les sarcomes à myéloplaxes.

Cependant nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations. Broca a décrit une tumeur solide, développée dans les tendons d'un moignon après l'amputation de Chopart, pour un fibro-myxome de l'avant-pied. Martin de Pedro décrit un cancer du tendon rotulien suivi de généralisation. Le Dr Monprofit, d'Angers, a publié l'observation d'un fibro-sarcome à myéloplaxes provenant des tendons des fléchisseurs communs des orteils. Nous rapportons cette intéressante observation

dans un des chapitres suivants. Kirmisson a décrit un fibrome du tendon d'Achille ; Sendler, un fibrome du tendon du grand palmaire.

Nous avons trouvé aussi un certain nombre d'observations des tumeurs des gaînes synoviales. Il s'agit dans la plupart des cas de lipomes. Mais il a été décrit aussi des fibromes, des sarcomes et des tumeurs myéloïdes. Nélaton rapporte 3 cas de fibromes de la gaîne des fléchisseurs des doigts. Notta signale un fibrome de la gaîne carpienne des fléchisseurs. Schwartz publie l'observation des sarcomes de la gaîne des fléchisseurs propres du pouce. Czerny décrit un sarcome provenant de la gaîne des extenseurs des orteils. Tout récemment, Broca a décrit un fibro-sarcome de la gaîne du long péronier latéral, et Pilliet les tumeurs myéloïdes de la gaîne des fléchisseurs.

O. de Pezzer dans sa thèse publie un certain nombre d'observations de tumeurs fibro-plastiques et se livre à des considérations sur les caractères histologiques de ces tumeurs qu'il range en deux classes : les fibromes et les sarcomes, et donne des indications sur le diagnostic qui doit être fait d'avec les lésions inflammatoires, tuberculeuses et syphilitiques des gaînes synoviales, et en second lieu le diagnostic de tumeur étant porté, on doit rechercher s'il s'agit d'un lipome, ou d'un fibrome, ou d'un sarcome. Le pronostic est grave et le traitement chirurgical, pour éviter la récidive et la généralisation, devra souvent avoir recours à l'amputation.

Nous nous contentons de signaler la thèse de Bolognesi qui n'apporte rien de nouveau, il n'ajoute rien au travail de Pezzer.

En 1893, Durant a écrit une thèse très intéressante sur les fibromes, lipomes et fibro-lipomes de la main et

des doigts. Il rapporte un grand nombre d'observations de ces diverses tumeurs et en présente ensuite une étude clinique et anatomo-pathologique. Il fait jouer un grand rôle à l'origine traumatique de ces tumeurs : « Les coups, les chocs perceptibles dans certaines circonstances mais bien souvent inaperçus si l'on considère que les mains et les doigts sont ceux de nos organes les plus exposés à ce genre d'insultes, ne peuvent-ils donner lieu à un processus irritatif, qui détermine en ce point une hypertrophie des éléments des tissus surtout lorsque les dispositions constitutionnelles se trouvent réunies comme pour les lipomes, où l'arthritisme joue un grand rôle.

Heurtaux, de Nantes, a publié 3 cas de myélomes des gaînes tendineuses dans *Archives générales de médecine.* Au Congrès français de chirurgie de 1896, Malherbe présente une étude approfondie des myélomes des gaînes tendineuses dont il rapporte 7 observations. Selon lui, ces tumeurs se développent aux dépens du tendon ou du tissu aponévrotique des gaînes tendineuses. Ces myélomes sont destinés à subir une dégénérescence graisseuse plus ou moins complète. En aucun cas on ne les a vus suivre la marche maligne du sarcome ; d'autre part la sclérose des vaisseaux s'oppose à ce qu'on les place parmi les sarcomes ; il y a donc lieu d'admettre auprès du sarcome, plus près encore du fibrome, un genre voisin mais différent des myélomes ; d'autre part les myélomes des gaînes tendineuses ne sont ni d'origine osseuse, ni d'origine périostique. On doit donc diviser en deux classes le genre myélome suivant que cette tumeur a son origine dans la moelle des os ou dans le tissu fibreux.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous étudierons successivement la cause et l'origine des fibromes, des sarcomes et de la dégénérescence myxomateuse. Pour rester conforme aux classiques nous n'avons pas mis les myélomes dans un genre à part comme le fait Malherbe, nous nous sommes contentée d'établir une séparation nette entre les sarcomes à proprement parler, c'est-à-dire les sarcomes fuso ou globocellulaires et les sarcomes à myéloplaxes dénommés myéloplaxomes par Nélaton et myélomes par Heurtaux et Malherbe.

I. — Fibromes

Le fibrome des gaînes synoviales est très rare, plus fréquent chez l'homme que chez la femme, surtout chez ceux qui se livrent à des travaux pénibles. Son apparition ne paraît pas être influencée par l'âge, mais il semble que les traumatismes de toutes sortes interviennent dans leur étiologie si ce n'est comme cause effi-

ciente, du moins comme cause prédisposante. Quant à leur mode de production, toute lésion irritative, en entraînant une hypertrophie conjonctive, semble intervenir dans leur formation.

Un processus irritatif agissant longtemps sur le foie entraîne la cirrhose, agissant sur le rein, produit la néphrite interstitielle ; mais, dira-t-on, cette hyperplasie fibreuse n'est point un fibrome et d'autre part les toxines qui irritent le tissu hépatique ou rénal interviennent en tant que toxines dans leur formation.

Mais si les mêmes phénomènes se produisent dans la mamelle, ici l'irritation engendrera une hypertrophie fibreuse, qui, elle, porte le nom de fibrome et n'a pas d'autre cause. Nous sommes donc en droit de penser que, dans le développement des fibromes des gaînes synoviales, le processus irritatif joue un rôle.

D'après Virchow, l'hérédité, la syphilis interviendraient dans la production de ces néoplasmes.

L'arthritisme paraît jouer un rôle indiscutable dans la formation des fibromes ; l'hyperproduction de tissus fibreux reconnaît chez eux les mêmes causes que la sclérose des organes. L'auto-intoxication serait donc la cause générale, tandis que les traumatismes et les synovites interviendraient pour créer une prédisposition locale.

La prédisposition générale à l'hyperproduction de tissus fibreux peut ne pas être due dans tous les cas à l'arthritisme. Les infections, la grippe en particulier peuvent jouer le même rôle.

II. — Sarcomes

A. — SARCOMES GLOBO OU FUSOCELLULAIRES

Ils peuvent survenir à tout âge, cependant c'est surtout à la partie moyenne de la vie qu'on les observe.

Le sexe paraît n'avoir aucune influence, et, quoique dans la plupart des cas qui ont été publiés il s'agisse d'hommes, le nombre des observations est trop petit pour nous permettre d'en tirer des conclusions.

Ils sont surtout fréquents à la main et à la main droite; cette localisation semble due à une prédisposition créée par l'irritation et le traumatisme comme nous allons le voir.

Faut-il faire jouer un rôle à l'hérédité? Nous ne répondrons pas à cette question posée depuis longtemps au sujet de toutes les tumeurs et qui n'a jamais été résolue. Il en est de même de l'influence exercée par l'état constitutionnel.

Les causes locales jouent un bien plus grand rôle : tout changement de structure d'un organe ou d'une portion d'organe y crée une prédisposition au néoplasme. Les traumatismes jouent un rôle important, cela paraît démontré, dans le développement primitif des tumeurs. En tout cas il est certain que l'on a vu des sarcomes présenter des poussées d'accroissement à la suite de très légers traumatismes.

Une question bien plus importante se pose : le sarcome des tendons ou de leurs gaînes est-il primitif? Dans

une observation publiée par Broca, un sarcome des tendons s'est développé à la suite d'une amputation de l'avant-pied qui était déjà le siège d'une tumeur sarcomateuse. Dans la plupart des cas cependant, le sarcome est primitif. Mais ici il faut élucider les relations qui existent entre le sarcome et le fibrome.

Faut-il voir là deux tumeurs absolument différentes et reconnaître que normalement le fibrome ne doit pas évoluer en sarcome, et d'autre part que le sarcome va pouvoir envahir les tendons ou leurs gaînes sans être précédé d'un fibrome. Mais l'histoire des malades nous montre que la tumeur dont aujourd'hui ils sont porteurs est restée stationnaire pendant un long laps de temps : quinze, vingt ans parfois, puis a évolué d'une façon rapide ; ils viennent alors consulter un chirurgien qui les opère et extirpe une tumeur qui, à l'examen microscopique, est reconnue être un sarcome.

D'autre part, l'observation inédite que nous publions nous montre un exemple frappant de fibrome qui est en train de se transformer en sarcome. En effet, voici en quelques mots les résultats de l'examen microscopique qui a été pratiqué par le docteur Edouard Bosc. Une coupe de la tumeur montre que sa constitution varie suivant le point examiné ; au milieu de tissus fibromateux l'on aperçoit des groupes de cellules jeunes, rondes ou allongées ; ces noyaux de cellules jeunes présentent des vaisseaux dont les parois à certains niveaux ont une structure embryonnaire. Enfin en certains points l'ensemble de la tumeur présente de la dégénérescence myxomateuse. Il est indéniable que cette tumeur qui, au moment de l'opération, était encore bénigne, était en train de devenir un sarcome qui rapidement aurait envahi tout l'organisme du malade. Nous nous rangeons entièrement à

l'avis de Rindfleisch d'après qui le sarcome et le fibrome ne sont pas des tumeurs différentes ; il n'y a pas par conséquent transformation, mais simplement évolution et rajeunissement d'un néoplasme.

B. — MYÉLOME OU SARCOME A MYÉLOPLAXES

Nous rapportons tout d'abord ce qu'a écrit Heurtaux à leur sujet : « Le siège de ces tumeurs est déjà remarquable. Jusqu'à présent elles se sont rencontrées toujours dans la gaîne des fléchisseurs et à la main droite.

L'analogie de texture fait supposer que des lésions semblables pourraient se montrer en d'autres gaînes ; mais je ne crois pas que jusqu'ici on en ait observé un seul cas.... Le sexe ne paraît avoir aucune importance... L'âge au contraire n'est pas indifférent : tous les sujets étaient jeunes ; ils avaient au début du développement de la tumeur entre 17 et 32 ans ; un seul malade exerçait une profession manuelle.

La nature de ces tumeurs a donné lieu à des conceptions très opposées. Considérées au début comme une variété de sarcome ; la présence des cellules à myéloplaxes suggéra à Pilliet sa conception des sarcomes en général considérés essentiellement comme tissus engendreurs de néo-vaisseaux. Désiré de Fortine soutint que les sarcomes à myéloplaxes contient des tumeurs inflammatoires. Un point indicutable est que les myélomes sont des tumeurs bénignes, mais il n'est pas impossible qu'elles évoluent vers le sarcome et prennent un jour une allure maligne.

Le myélome doit être catégoriquement séparé du sarcome. Dans le myélome, en effet, il existe du tissu adulte,

les vaisseaux n'ont pas des parois embryonnaires, enfin l'on a constaté que l'avenir de cette tumeur est la dégénérescence graisseuse.

Quelle est son histogénèse? D'après Malherbe, ce serait aux dépens du tissu tendineux ou aponévrotique de la gaîne, que la tumeur se développerait. Les cellules sériées des tendons deviendraient des cellules myéloïdes; apparaîtraient ensuite des myéloplaxes qui à leur tour peuvent engendrer des cellules myéloïdes.

III. — Dégénérescence myxomateuse

Quelle est sa cause? En quoi consiste-t-elle? Doit-on la séparer du myxome?

La dégénérescence myxomateuse peut être considérée comme la conséquence d'un trouble trophique sévissant sur certains points de la tumeur. En effet, au niveau des parties dégénérées on n'aperçoit que peu ou pas de vaisseaux et c'est là, semble-t-il, la raison de cette dégénérescence.

Nous estimons que l'on ne doit pas isoler le myxome de la dégénérescence myxomateuse. Au microscope, rien ne permet d'établir une différence entre les deux. Dès lors, pour être logique, il faudrait aussi nettement séparer le sarcome de la dégénéreuse sarcomateuse du fibrome, et une semblable manière de voir est inadmissible.

En résumé, nous voyons que l'origine des tumeurs des tendons et de leurs gaînes est des plus obscures. Il faut reconnaître le rôle joué par une inflammation chronique ou encore par l'irritation due à des traumatismes répétés dans l'apparition du fibrome et du myélome.

L'état constitutionnel, la réaction de l'organisme interviennent probablement fort peu dans leur apparition, mais jouent un rôle indéniable dans leur évolution vers le sarcome.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Laissant de côté les réponses nous parlerons successivement.

I. —. Des fibromes (tumeurs conjonctives adultes).

II. — Des sarcomes (tumeurs conjonctives embryonnaires) que nous diviserons en sarcomes à proprement parler et sarcomes à myélopaxes.

III. — De la dégénérescence myxomatense de ces tumeurs.

I. — Fibromes

Il s'agit d'une hypertrophie locale du tissu fibreux.

La tumeur ainsi formée est parfois molle, le plus souvent résistante ; de couleur nacrée, bleue ou encore parfois transparente. Elle est d'un volume variable pouvant arriver jusqu'à la grosseur d'un œuf et même plus.

Une coupe suffisamment mince montre des fibres connectives s'entre-croisant dans diverses directions ; certaines pouvant être coupées transversalement, d'autres présentant parfois l'aspect de tourbillons.

En général il n'y a pas de fibres élastiques ; cependant parmi les observations publiées par Durant dans sa thèse nous avons trouvé la description d'un fibrome présentant ce genre de fibres.

De plus il arrive souvent que le microscope nous montre dans ces coupes de fibromes des points où l'on aperçoit des cellules jeunes à gros noyau qui pourraient faire croire à des points de dégénérescence sarcomateuse. Il n'en est rien. En effet, si nous regardons les vaisseaux nous ne voyons point qu'ils aient des parois embryonnaires, ils ont conservé toutes leurs tuniques.

II. — Sarcomes

A. — SARCOME BANAL : GLOBO OU FUSOCELLULAIRE

Ils ont été pendant longtemps considérés comme les tumeurs les plus fréquentes des gaînes. Mais depuis les travaux de Heurtaux et de Malherbe on a vu qu'un grand nombre de tumeurs classées comme sarcome étaient des myélomes.

Le sarcome banal des tendons est beaucoup plus rare et l'on n'en a guère que deux observations certaines : celle de O. de Pezzer et celle de Broca.

En général ovoïde ou fusiforme, le sarcome est allongé suivant la direction de la gaîne. Sa consistance est des plus variables : en général elle est molle. Ces tumeurs sont à évolution rapide, elles diffusent et s'ulcèrent souvent.

Ces tumeurs caractérisées par la présence de cellules jeunes, cellules embryonnaires, d'origine conjonctive elles aussi, se présentent sous deux aspects différents : tumeurs encéphaloïdes ou globocellulaires ; tumeurs fasciculées ou fusocellulaires.

Les sarcomes à cellules rondes dont l'aspect a été comparé par Lancereaux à la chair de lapin présentent à la coupe une surface lisse très rougeâtre.

Ils sont composés de cellules rondes à protoplasme peu abondant et à noyau relativement voluminenx Ces tumeurs, développées aux dépens des tendons ou de leurs gaînes synoviales, sont relativement très rares, le plus souvent il s'agit de sarcomes fusocellulaires.

Ces dernières tumeurs, plus consistantes, d'aspect fasciculé, sont plus consistantes ; étudiées au microscope, elles présentent des cellules effilées à leurs extrémités disposées en faisceaux qui s'entre-croisent ou encore présentent l'aspect de bandes ou de tourbillons. La direction des faisceaux est en général déterminée par la situation de capillaires sanguins à parois embryonnaires.

B. — SARCOMES A MYÉLOPLAXES

Ces tumeurs, dénommées myéloplaxomes par Nélaton et plus tard myélomes par Heurtaux et par Malherbe, ne sont pas toujours développées aux dépens du tissu osseux, comme le pensait Nelaton.

Les tumeurs recueillies au cours d'opération ont présenté en général un volume variant d'une noisette à une noix. Arrondies ou ovoïdes, lobulées à leur surface, elles

présentent une couleur variant du jaune chamois au rouge.

Leur consistance est généralement molle. Elles détruisent et envahissent la gaîne fibreuse et synoviale formant un anneau autour du tendon, qui, lui, reste indemne.

Au microscope, l'on trouve des cellules myéloïdes et des myéloplaxes d'une part ; et, d'autre part, des cellules fusiformes ou fibroplastiques contenues par un tissu fibrillaire résultant du tissu fibreux préexistant.

On trouve aussi des éléments cellulaires ayant subi la dégénérescence graisseuse et des granulations jaune brunâtre qui donnent la couleur chamois à la tumeur.

Enfin, la constitution de la paroi des vaisseaux est des plus importantes. Les vaisseaux varient beaucoup comme nombre, mais ils sont remarquables par la forte organisation de leurs parois ; celles-ci sont parfois même considérablement épaisses comme dans les vaisseaux des fibromes. Ce point très important permet d'établir une différenciation entre les myélomes et les sarcomes qui ont des vaisseaux à parois embryonnaires.

III. — Dégénérescence myxomateuse

La plupart des tumeurs conjonctives sont susceptibles de présenter une dégénérescence myxomateuse.

L'on voit alors la tumeur présenter des points de ramollissement au niveau desquels elle est plus transparente et d'aspect gélatineux. Lorsqu'on les coupe, on obtient par raclage un liquide hyalin analogue à de la gomme arabique.

Le microscope nous permet de constater que les capillaires sont absentes ou en tout cas peu abondantes au niveau des points présentant la dégénérescence myxomateuse : l'on voit une substance fondamentale transparente présentant des cellules rondes et des cellules ramifiées disséminées.

Ces diverses tumeurs sont surtout fréquentes au niveau de la main et du pied. A la main, c'est tantôt aux dépens des gaînes carpiennes, tantôt aux dépens des gaînes digitales qu'elles se sont développées. Dans le pied elles présentent quatre lieux d'élection, au tendon d'Achille pour les tumeurs tendineuses. Les tumeurs des gaînes, elles, se développent tantôt aux dépens de la gaîne du long péronier latéral comme dans l'observation de Broca ; tantôt aux dépens des gaînes plantaires des fléchisseurs, ou encore de la synoviale de l'extenseur commun des orteils, comme chez le sujet dont nous publions l'observation.

Peut-on reconnaître par l'examen des pièces si la tumeur s'est développée aux dépens du tendon ou de la gaîne ? oui dans certains cas : les myélomes, en effet, peuvent laisser le tendon absolument indemne, même lorsqu'ils ont acquis un volume assez considérable. Certains fibromes appartiennent nettement au tendon ou à la gaîne sans que la confusion soit possible. Mais, à côté de cela, nombreux sont les cas où la tumeur occupe et la gaîne et le tendon : soit que le néoplasme primitivement tendineux ait dans la suite envahi la gaîne ; soit que primitivement développée aux dépens de la synoviale la tumeur ait en partie détruit le tendon et lui adhère intimement. Dans ces cas-là, il est très difficile de pouvoir se prononcer, et parfois même impossible.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran)

M. R..., négociant, habitant Nimes, vint me trouver en juillet 1909. Agé de 58 ans, il est robuste, bien constitué et jouit d'une santé parfaite. Il y a de cela 5 ou 6 ans, il constata sur le dos du pied droit une petite tumeur indolore qui depuis a grossi très lentement. Il veut qu'on le débarrasse de cette tumeur, car s'il ne souffre pas, il est néanmoins gêné par la chaussure.

Rien d'important n'est à signaler comme antécédents héréditaires ou personnels.

Etat actuel. — On constata la présence au niveau du cou-du-pied d'une tumeur du volume d'une noix environ. Cette tumeur est très dure, non bosselée et indolore à la

pression. Elle roule sous la peau qui à son niveau est saine et de couleur normale. La tumeur est déplacée dans les mouvements des tendons auxquels elle doit être adhérente.

Opération. — Elle a lieu le 6 juillet.

L'anesthésie est obtenue par des injections sous-cutanées de cocaïne. J'incise la peau longitudinalement, j'aperçois alors la tumeur et je dissèque la peau pour la libérer. La tumeur est lisse ; elle adhère légèrement aux tendons des extenseurs dont on peut facilement la détacher par la dissection. La tumeur ayant été extraite, la peau est suturée par des agrafes de Michel. Au bout de huit jours le malade est complètement guéri.

Etat du malade en juin 1910. — L'état actuel est parfait, il n'y a pas de trace de récidive ; on voit à peine les traces de la cicatrice cutanée. Les tendons ont conservé tous leurs mouvements.

L'examen de la tumeur a été pratiqué par le Dr Edouard Bosc ; en voici le résultat :

A la section la tumeur ne présente pas un aspect uniforme : blanc nacré dans sa majeure partie, elle est grise et d'aspect gélatineux à certains endroits, rosée à d'autres.

L'examen microscopique montre à certains niveaux du tissu conjonctif adulte en masses tourbillonnantes. Par endroits les fibres conjonctives sont écartées les unes des autres et entre elles on aperçoit des cellules sarcomateuses à gros noyaux, dont quelques-unes sont rondes et la plupart fusiformes, groupées autour de petits vaisseaux, dont les parois sont infiltrées de cellules embryonnaires.

En d'autres points l'on voit un réseau de fibres conjonctives à mailles larges, baignant dans une substance fondamentale abondante ; il n'y a pas de myéloplaxes.

La tumeur est donc un fibro-myxo-sarcome.

Observation II

(Rapportée par M. Tillaux. — Soc. chir., 1895)

Fibro-sarcome de la gaîne du long péronier latéral à la plante du pied, par M. Broca, chirurgien des hôpitaux.

Famb... (Henri), âgé de 6 ans 1/2 me fut adressé le 21 octobre 1892, par mon Maître le professeur Tillaux et mon collègue Walther, à l'hôpital Trousseau, où j'avais l'honneur de suppléer M. le professeur Lannelongue.

Cet enfant portait à la plante du pied une tumeur dont on se serait aperçu deux mois auparavant et qui s'est accrue progressivement.

Actuellement, immédiatement en avant de la ligne qui unit l'une à l'autre les extrémités postérieures des premier et cinquième métatarsiens, au niveau du quatrième métatarsien, on sent à la plante du pied sous la peau absolument normale une tumeur bilobée, formée de deux petites masses arrondies, dont la postérieure est la plus mobile. Cette tumeur bien limitée, de consistance dure et égale, est fort douloureuse à la pression et gêne la marche. Elle me parut adhérente au squelette et je l'attribuai au cuboïde ou au quatrième métatarsien. Cet avis était également celui de M. le professeur Tillaux, tandis

que mon collègue et ami Walther croyait percevoir un peu de mobilité transversalement et concluait à une tumeur tendineuse.

Le 24 octobre 1893, je fis sur la tumeur une incision longitudinale, et d'un coup de rugine à sa base, je la détachai. Il fut alors évident que la tumeur ne tenait pas à l'os mais aux tendons, probablement à ceux du fléchisseur profond. Réunion immédiate sans drainage et j'obtins la cicatrisation par première intention.

La tumeur enlevée avait l'aspect et la consistance du fibrome : et c'est au fibrome que conclut l'examen histologique pratiqué par mon collègue et ami Achard.

Je restai sans nouvelles de l'enfant jusqu'au 23 juin 1894, date à laquelle il me fut ramené, souffrant de nouveau depuis quelques semaines. A cette date, la marche sur la plante du pied était à peu près impossible et je constatai l'existence d'une tumeur douloureuse immobile, un peu bosselée, commençant en arrière au niveau du cuboïde et se prolongeant, grosse comme le pouce à peu près, jusqu'à l'extrémité antérieure du quatrième métatarsien. Là elle se terminait par une extrémité arrondie, lisse et nette. Cette tumeur est dure, de consistance égale.

Cette fois, il me parut évident que j'étais en présence d'un sarcome, que je crois pouvoir attribuer au quatrième métatarsien.

Le 27 juin, je commençai par faire à la plante du pied une incision exploratrice qui me fit voir tous les tendons sains, et par eux me conduisit jusqu'à une tumeur allongée, qui me parut en effet dépendre du quatrième métatarsien. Je ne crus pas devoir me borner à l'extirpation de cet os, et je pratiquai séance tenante la désarticula-

tion tibio-tarsienne, avec lambeau postérieur, à peu près semblable à celui de l'amputation de Guyon.

Réunion immédiate sans drainage ; pansement à la gaze aseptique ; guérison par première intention.

Sur la pièce, on voit une tumeur qui commence en arrière par une extrémité assez saillante au niveau du cuboïde et qui longe tout le bord inférieur du quatrième métatarsien. Après résection des tendons fléchisseurs, qui en sont indépendants, on constate que la tumeur n'adhère pas au métatarsien. On peut la rabattre d'avant en arrière, et il devient alors évident qu'elle part du ligament calcanéo-cuboïdien, c'est-à-dire du long péronier latéral, ce dernier tendon étant intact. M. Pilliet a bien voulu pratiquer l'examen histologique. La tumeur est développée dans le tissu conjonctif de la gaîne tendineuse et du mésotendon. Ce n'est pas une transformation sarcomateuse molle avec accumulation de petites cellules rondes, mais une transformation fibro-plastique. La néoplasie est constituée par des cellules fusiformes et du tissu conjonctif adulte, disposé en masses tourbillonnées ou en grandes nappes qui morcellent le tissu propre du tendon, disséquant ses faisceaux et les atrophiant peu a peu. Le diagnostic est donc fibro-sarcome de la gaîne du long péronier, amenant l'atrophie des fibres tendineuses par substitution du tissu.

Observation III

(Nélaton, *in* Thèse Legouest)

Tumeur fibreuse des gaines synoviales

Un jeune Espagnol d'une quinzaine d'années, bien portant, est affecté de trois petites tumeurs échelonnées sur la face palmaire de l'annulaire gauche. Ces tumeurs indolores sont sous-cutanées et résistantes au toucher ; elles n'entravent pas les fonctions du doigt. La plus volumineuse, de la grosseur d'une noisette, se trouve située au niveau de la première phalange, elle a une mobilité incomplète sur les parties profondes. Les deux autres tumeurs, toutes les deux bien mobiles, roulant sous la peau, se trouvent l'une au devant de la deuxième phalange, l'autre au devant de l'articulation métacarpo-phalangienne.

L'ablation de ces tumeurs fut pratiquée par M. le professeur Nélaton en deux reprises.

Il enleva les deux tumeurs mobiles, assez éloignées l'une de l'autre, et quelques semaines plus tard la cicatrisation étant achevée il procéda à l'ablation de la 3^{me} tumeur qui était adhérente à toute la portion fibreuse de la gaîne tendineuse, que l'on dut ouvrir largement en mettant à nu le tendon.

Malgré la dénudation des tendons, la cicatrisation

s'opéra en quelques jours et sans compromettre les mouvements du doigt. Trois mois après l'opération le malade avait tous les mouvements, les usages des tendons sont entièrement recouvrés ; il n'y a pas apparence de récidive.

La tumeur à l'œil nu est d'un gris rosé, elle offre une surface lobulée bien circonscrite, nullement adhérente aux téguments, fortement adhérente à la portion de la gaîne synoviale qui a été enlevée avec elle, et dont la surface complètement lisse est facilement reconnaissable.

Il est facile de reconnaître que la production morbide était tout extérieure à la gaîne tendineuse et ne pénétrait nullement dans la cavité. Sa consistance est à peu près celle du tissu cellulaire.

Examen de la structure intime du tissu. Ce tissu est composé d'une trame de fibres de tissu cellulaire, écartées les unes des autres, non réunies en faisceaux, si ce n'est par places en certains points de la surface de la tumeur. Par rapport à la masse de la tumeur, cette trame ne représente guère que le huitième du tissu morbide. Des vaisseaux capillaires assez nombreux parcourent les portions de tissu placées sous le microscope. La moitié environ de la masse de tissu est composée de noyaux fibro-plastiques, sans cellules proprement dites de cette espèce. Tous les noyaux étaient ovoïdes, allongés, la plupart manquaient de nucléoles.

Observation IV

(Citée par Bidard)

Tumeur fibro-plastique des gaînes tendineuses

F. (Bernard), 25 ans, entre le 22 janvier 1853 à l'hôpital Saint-Louis pour y être traité d'une tumeur située dans la région thénar de la main droite. Le mal a débuté il y a plus de 7 ans et déjà il a dû subir deux opérations. Le diagnostic du mal qui a nécessité les deux interventions et les opérations elles-mêmes sont inconnus.

Depuis 5 mois une tumeur reparaît au même endroit. Après une ponction exploratrice pratiquée par un médecin de la ville qui n'a extrait que du sang, les progrès du mal ont été considérables.

Le pouce de la main droite est notablement atrophié. La paume de cette main est le siège d'une énorme tumeur arrondie, étendue de l'articulation radio-carpienne à la partie inférieure des métacarpiens, se prolongeant sur le pouce de manière à recouvrir une partie de la première phalange.

La pression est douloureuse; la peau distendue, luisante à la base, violacée au centre, où elle forme une zone ecchymosée qui a suivi de près la ponction et qui s'est accrue chaque jour. Il y a fluctuation et de nombreux vaisseaux. De l'ouverture faite par l'aiguille exploratrice sort, depuis deux jours, une sérosité sanguino-

lente. Pas d'engorgement ganglionnaire : la santé générale est bonne.

Le malade est chloroformé et M. Denonvilliers fait une incision faisant sortir beaucoup de sang noir et en partie coagulé. La tumeur est ainsi diminuée et on sent une masse solide. Après une incision du derme dans toute la longueur du premier métacarpien, on trouve une nouvelle collection sanguine et au milieu un noyau dur bien mobile, recouvert en grande partie de caillots mous. Le tendon du long fléchisseur propre du pouce est au fond de la plaie, recouvert par un bourgeon du volume d'une noisette, dont l'extirpation nécessite la dissection du tendon. Ce bourgeon adhérent était plus rosé, moins ferme, moins régulier que celui qui était libre au milieu de la collection sanguine. M. Lebert leur trouva une composition identique ; tous deux étaient formés de tissu fibro-plastique nettement caractérisé.

La cicatrisation de la plaie fut lente.

Le 31 janvier, il fallut enlever une portion mortifiée du tendon du long fléchisseur, et, le 9 mars, la plaie fut à peu près fermée. Jusqu'au 1er avril on enlevait de temps en temps des tubercules fermes, grisâtres, d'apparence fibreuse, qui apparaissaient.

Le 6 mai 1854, M. le professeur Denonvilliers fut obligé d'extirper le pouce et le premier métacarpien.

Voici ce qui a été constaté sur cette pièce :

Le tendon du long fléchisseur du pouce n'existe plus le long du premier métacarpien ; il reparaît un peu avant l'articulation métacarpo-phalangienne et se continue comme à l'état normal. Dans ce trajet il paraît sain et la gaîne y persiste. Après l'avoir fendue, on trouve sa surface séreuse en grande partie lisse et unie, mais d'autres points sont opaques et il en part 3 petites bandes assez

épaisses, d'aspect pseudo-membraneux, qui s'insèrent sur la face postérieure du tendon.

Plus près de l'articulation métacarpo-phalangienne, la bourse vaginale fait place à une tumeur dans laquelle le bout libre du tendon fléchisseur est en quelque sorte perdu. Cette tumeur est facile à isoler, excepté au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, où elle adhère au ligament glénoïde. Le premier métacarpien est atteint d'une ostéite considérable. Les articulations que cet os contribue à former sont à peu près saines, il y a quelques franges de la synoviale. La peau de la face antérieure du pouce est amincie, même amincissement des muscles court adducteur et opposant ; au contraire le court fléchisseur et l'abducteur sont bien conservés.

L'examen microscopique ne fait reconnaître à M. Verneuil que des éléments fibro-plastiques.

Observation V

(Broca. — *Gaz. Hôpitaux*, 1856)

Tumeur fibro-plastique avec récidive dans les tendons

Chez une jeune fille, M. Broca a fait une amputation de Chopart, pour une tumeur fibro-plastique de la partie antérieure du pied. La récidive s'est produite sur le moignon et, au bout de 5 mois, a donné lieu à une tumeur qui a fini par acquérir un volume égal à celui de deux

poings. La peau, bien distendue, resta intacte. La tumeur, bosselée en plusieurs endroits, ne paraissait pas remonter plus haut que les malléoles. L'état général était excellent.

Après un examen de la région malade, M. Broca, pour éviter une nouvelle récidive, pratiqua une nouvelle amputation en sciant les os à 5 travers de doigt au-dessus de la ligne articulaire, et trouva dans le moignon, à la partie antérieure de l'espace interosseux, à la place du tendon du jambier antérieur, une masse cylindrique indurée qui présentait l'apparence du tissu fibro-plastique. Malgré l'intégrité de toutes les parties environnantes, l'affection fibro-plastique s'était prolongée dans le tendon du jambier antérieur, bien au-dessus des limites apparentes du mal.

M. Broca, alors, pratiqua une amputation à la partie supérieure de la jambe. Cette fois, les chairs du moignon étaient dans une intégrité parfaite, et la plaie fut réunie par première intention.

A l'examen du membre amputé, on a trouvé des particularités extrêmement curieuses : ce sont les tendons divisés par l'amputation de Chopart, qui ont été le siège primitif de la récidive.

Les tendons des extenseurs, du jambier antérieur, du jambier postérieur et des deux péroniers latéraux viennent se perdre dans la masse fibro-plastique. Ils sont tuméfiés, de couleur grise et d'une consistance lardacée.

Le tendon du jambier postérieur offre, dans une étendue de 5 cent., le volume du petit doigt. Celui du long péronier latéral est plus gros que le pouce, et celui du jambier antérieur a près de 2 cent. de diamètre.

Deux de ces tendons se détachent de la tumeur principale, et l'altération dont ils sont le siège remonte à une

distance notable, au-dessus des limites apparentes du mal.

Le long péronier latéral est bien atteint.

Le tendon du tibial antérieur est transformé, dans toute sa longueur, en une sorte de boudin fibro-plastique, et le tissu cellulaire qui l'environne est parfaitement sain. La partie charnue du muscle n'a subi aucune altération, les fibres qui la composent viennent s'insérer sur le tendon fibro-plastique comme sur un tendon ordinaire.

Au voisinage de la cicatrice de l'ancienne amputation de Chopart, les tumeurs fibro-plastiques des divers tendons se confondent en une volumineuse masse commune, bosselée, qui a envahi en plusieurs points le tissu cellulaire environnant, ayant partout respecté l'aponévrose sous-cutanée et la peau. A la suite de l'amputation de Chopart, l'articulation calcanéo-astragalienne antérieure est complètement ankylosée.

L'articulation calcanéo-astragalienne postérieure ne présente aucune tendance à l'ankylose.

L'articulation tibio-tarsienne est le siège d'une ankylose fibreuse incomplète, constituée par plusieurs bandes fibreuses, longues de 4 à 8 millim., étendues du cartilage de l'astragale à celui du tibia.

La partie moyenne de ces bandes fibreuses est entièrement libre dans la cavité articulaire ; leur implantation se fait directement sur le tissu des cartilages diarthrodiaux, qui ont conservé partout leur épaisseur, leur apparence et leur structure microscopiques normales.

Observation VI

(Présentée à la Société anatomique par Monprofit)

M. Montprofit, d'Angers, a observé un homme portant depuis six mois une tumeur plantaire dure, grosse comme un œuf de dinde ; il en fit l'ablation et la trouva encapsulée, parfaitement limitée, provenant des tendons du fléchisseur commun des orteils. Cette plaie allait fort bien lorsque l'opéré accusa une douleur à la partie inféro-interne de la jambe, et là M. Monprofit trouva une tumeur qui certainement s'était développée depuis l'opération.

Il en fit encore l'ablation et trouva une tumeur également bien limitée, adhérente à la jonction du muscle fléchisseur commum avec son tendon. Certainement l'amputation était indiquée, mais le patient la refusa. La récidive ne tarda pas. Histologiquement, il s'agit d'un fibro-sarcome avec quelques myéloplaxes, par places ossifiées et contenant des points de chondrome calcifié.

Cette tumeur rentre dans ce que Heurtaux a décrit comme myéloïdes des tendons. M. Pilliet en a observé un cas enlevé par M. Tillaux avec le diagnostic névrome plexiforme ; un autre où il y avait des tumeurs multiples portant sur une quinzaine de tendons. Ces tumeurs semblent naître parfois du périoste et se propager de là au tendon en traînées de myéloplaxes bien visibles au microscope.

Observation VII

(*In* Thèse O. de Pezzer, 1880)

Sarcome des gaines synoviales des fléchisseurs des doigts.

D... (Ernest), âgé de 29 ans, garçon marchand de vins, entre le 14 juillet 1880 dans la salle Saint-Louis, service de M. le professeur Verneuil.

Ce jeune homme grand et vigoureux raconte qu'il n'a jamais été sérieusement malade.

Il n'a jamais eu de manifestations scrofuleuses ni rhumatismales ; il n'a jamais eu la syphylis et il n'a jamais présenté aucune lésion pouvant se rattacher à cette diathèse.

Les parents, aujourd'hui vivants, n'ont jamais eu de maladies chroniques importantes, ils ne paraissaient pas rhumatisants.

Il y a trois ans environ, sans cause connue, D... vit se développer lentement à la face antérieure du poignet droit, un peu en dedans du tendon du cubital antérieur, immédiatement au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe, une tumeur peu volumineuse d'abord, indolente, ne gênant pas les mouvements.

Au bout d'un certain temps, la tumeur acquit le volume d'une noix, les mouvements de flexion étaient particulièrement gênés : et D... vint consulter M. Verneuil, le priant de le débarrasser de son mal.

M. Verneuil, après un examen attentif, jugea qu'il avait affaire à un kyste synovial du poignet avec grains riziformes assez gros. Une incision fut faite dans le but d'introduire un drain sous le pansement phéniqué ; mais aucun liquide ne s'écoula.

Le débridement indiqua qu'on avait affaire à une tumeur accolée à un des tendons fléchisseurs. Cette tumeur était un sarcome. Elle était contenue dans la gaîne du fléchisseur, mais elle paraissait avoir débuté par le tendon.

Elle fut enlevée dans une grande étendue ; le tendon fut respecté. On appliqua un pansement ouaté et la guérison se fit sans accidents.

Pendant cinq mois le malade se crut guéri, pas de récidive ; mais bientôt la paume de la main devint douloureuse, tuméfiée, et une tumeur se développa, analogue à la première.

Elle atteignit le volume d'une grosse noix, gênant considérablement les mouvements de flexion du petit doigt et de l'annulaire de la main droite.

Le malade vint de nouveau consulter M. Verneuil qui l'admit dans ses salles le 14 juin 1880.

Nous trouvons D... dans l'état suivant :

Son état général est excellent ; pas de lésions extérieures, pas traces de manifestation scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique. Rien à noter du côté du tube digestif, du côté des organes circulatoires et respiratoires.

Au niveau du poignet, près du tendon du cubital antérieur, se trouve une cicatrice linéaire de 5 centimètres de long, rougeâtre, adhérant profondément aux tendons des fléchisseurs et animée de mouvements pendant la flexion ou l'extension forcée.

Légère fluctuation profonde au niveau des bords de la cicatrice.

Au niveau de la paume de la main, on trouve une tumeur sous-cutanée du volume d'une grosse noix.

La peau n'est pas adhérente, mais la tumeur est certainement fixée aux tendons, car pendant les mouvements de flexion de la main elle est évidemment entraînée.

La tumeur est molle, fluctuante (fausse fluctuation), elle ne paraît avoir aucune communication avec la première tumeur.

Les ganglions du membre supérieur du côté droit ne sont pas tuméfiés ; les ganglions axillaires, épitrochléens ont leur volume normal.

Les douleurs sont assez vives, la gêne dans les mouvements est notable et le malade demande à être opéré.

M. Verneuil, en présence de cette tumeur récidivée, diagnostique un sarcome des gaînes synoviales, ayant probablement pris naissance au niveau du tendon.

Cette tumeur adhère aux tendons fléchisseurs de l'annulaire et du petit doigt.

M. le professeur Verneuil rejette le diagnostic de fongosités synoviales, d'affections syphilitiques des gaînes tendineuses, le malade ne paraissant ni scrofuleux, ni syphilitique.

Une incision est pratiquée et permet d'arriver sur une tumeur fongueuse et par conséquent, imparfaitement guérie.

Examen histologique. — L'examen histologique de la tumeur est pratiqué au laboratoire de l'hôpital de la Pitié. Il donne les résultats suivants :

La tumeur est durcie par l'alcool et traitée ensuite par le picrocarminate d'ammoniaque et l'acide acétique.

Des coupes pratiquées en différents points montrent qu'elle est très peu vasculaire. Elle contient peu de substance interstitielle.

On rencontre sous le champ du microscope, un grand [illegible] des cellules plus petites de la même forme.

Il existe une grande quantité d'éléments embryonnaires. La tumeur doit être considérée comme une tumeur dite fibro-plastique par l'ancienne école, sarcomateuse par la nouvelle école.

SYMPTOMATOLOGIE

Les caractères cliniques varient suivant le genre de la tumeur. Aussi étudierons-nous séparément les symptômes du myélome, du fibrome et du sarcome.

Mais il importe d'établir une distinction nette entre les myélomes d'une part et les fibromes et sarcomes d'autre part. Les myélomes présentent des signes caractéristiques qui les isolent des deux autres genres de tumeurs. Les fibromes présentent bien eux aussi des caractères les distinguant des sarcomes, et nous avons vu que l'examen histologique permet de reconnaître à laquelle des deux tumeurs on a affaire; tous deux ont aussi une évolution différente, un pronostic bénin pour l'un, très grave pour l'autre. Cependant dans la majeure partie des cas le sarcome est dû à la transformation d'un fibrome, et les types intermédiaires, les fibro-sarcomes, présentent des caractères cliniques qui tantôt sont absolument semblables à ceux des tumeurs fibreuses, tantôt sont la réunion de certains signes de ces deux tumeurs.

I. — Myélomes

Au niveau d'un tendon de la main ou du pied se développe une tumeur dont le volume varie d'une noisette à une petite noix. Sa forme est arrondie ou légèrement ovalaire, parfois au contraire elle est allongée et elle présente alors un ou deux rétrécissements, correspondant aux points les plus résistants de la gaîne des tendons. Au palper on sent que cette tumeur est lobulée, la consistance est molle, et si la tumeur est assez grosse, elle peut même donner la sensation de fluctuation. La tumeur est mobile, mais latéralement seulement, elle n'est pas adhérente à la peau qui conserve toujours sa couleur, sa souplesse et sa nubilité naturelle. La tumeur n'est pas déplacée dans les mouvements des tendons, ce qui prouve qu'elle est indépendante de ces derniers ; aussi tous les mouvements sont-ils conservés, et si la tumeur entraîne une certaine gêne, c'est exclusivement à cause de son volume. Ces tumeurs sont indolores, elles évoluent très lentement, peut-être lorsqu'elles sont devenues trop volumineuses la peau risque-t-elle de s'ulcérer à leur niveau.

II. — Fibromes

Les fibromes présentent une tout autre symptomatogie. Lorsqu'ils apparaissent, ils constituent une petite

tumeur dure, d'un volume variable, d'une forme arrondie où ovalaire. Eux aussi ne présentent aucune adhérence à la peau ; à la palpation, on sent au-dessous de la peau qui est saine la tumeur dont la surface est généralement lisse et non lobulée.

Suivant que le fibrome s'est développé aux dépens du tendon ou de sa gaîne, il est ou non solidaire des déplacements du tendon. Le fibrome est en général indolore. Les malades se plaignent surtout de la gêne occasionnée par la saillie de la tumeur. L'évolution est très lente jusqu'au jour où, à la suite d'un traumatisme ou encore d'une cause inconnue, il se transformera en sarcome, mais le fibrome n'évolue pas toujours vers la malignité. Dans d'autres cas, il se ramollit, prend une consistance gélatineuse ; c'est qu'alors le fibrome présente de la dégénérescence myxomateuse.

III. — Sarcomes

Deux cas sont à envisager suivant que la nature sarcomateuse n'est décélée que par l'examen histologique de la tumeur qui cliniquement présentait toute la symptomatologie du fibrome, ou bien que le sarcome se présente avec tous ses caractères cliniques et peut être diagnostiqué à l'examen du malade.

Dans le premier cas l'on croit toujours enlever un fibrome ; il y a bien des petits signes qui varient, par exemple comme dans le cas de l'observation que nous publions, la tumeur englobait le tendon et sa gaîne, mais à la palpation on trouvait tous les signes du fibrome.

Nous pensons que tout sarcome secondaire au début de son développemet histologique passe par cette étape.

Ce n'est que plus tard, quand la transformation du fibrome en tumeur maligne aura été complète, que nous verrons ce sarcome envahir les formations avoisinantes. Il se ramollira légèrement, augmentera rapidement de volume, sa surface deviendra irrégulière, il adhèrera à tous les organes voisins ainsi qu'à la peau qui deviendra rouge et pourra s'ulcérer. Un symptôme très important est venu s'ajouter aux signes fournis par l'examen : le malade souffre et la douleur spontanée et souvent continuelle sera augmentée au moindre attouchement de la tumeur. On ne trouve pas ici de généralisation ganglionnaire et la marche de l'affection est relativement lente pour un sarcome.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Ces diverses tumeurs peuvent être confondues avec la synovite chronique, la synovite fongueuse ou à grains riziformes, les lésions syphilitiques des séreuses et enfin avec les lipomes.

La synovite séreuse chronique, qui paraît surtout due à l'arthritisme, se montre en général à un doigt sous la forme d'une tumeur fluctuante, qui occupe toute la longueur de la gaîne. On ne saurait la confondre ni avec le fibrome à cause de sa consistance, ni avec le sarcome qui diffère du tout au tout à la palpation, ni avec le myélome qui n'envahit jamais la gaîne dans toute son étendue.

Le diagnostic est aussi facile à faire avec la synovite fongueuse. Celle-ci envahit d'emblée toute la longueur de la synoviale, elle forme une tumeur allongée et bosselée, les mouvements sont gênés et surtout au moindre traumatisme la douleur apparaît et des poussées inflammatoires se manifestent. Aucune des tumeurs ne présente ces divers caractères et la confusion paraît difficile.

Dans les synovites à grains riziformes la tuméfaction siège jusqu'à l'avant-bras. Elle est multilobulée et la pression sur l'une de ses poches produit une crépitation

neigeuse, qu'on a dénommée le bruit de chaînon. Dans les lésions syphilitiques des synoviales, la tuméfaction, les fongosités qui l'environnent peuvent faire croire à un sarcome, mais l'absence de douleur, l'ulcération de la peau dont les bords sont taillés à pic, la marche lente de la lésion sont des signes importants ; les antécédents du malade et l'essai d'un traitement spécifique permettront de porter le diagnostic.

Les lipomes peuvent exceptionnellement se développer dans les gaînes tendineuses. Le diagnostic, qui est facile avec le fibrome et avec les sarcomes, est plus difficile avec les myélomes. De même que ces derniers, la tumeur lipomateuse est molle, peut même présenter une fausse fluctuation, se développe lentement et n'est pas entraînée dans les mouvements des tendons, aussi le diagnostic est très difficile à faire pour ne pas dire impossible.

Le diagnostic entre les fibromes, sarcomes et myélomes est facile chaque fois que ces tumeurs présentent tous leurs caractères. En effet, la consistance dure pour les fibromes est molle lorsqu'il s'agit de myélomes. La tumeur, qui n'est pas lobulée dans le premier cas, l'est dans le second. Le sarcome sera facilement reconnu au fait qu'il envahit les tissus avoisinants et, qu'englobant le tendon et la gaîne, il rend tout mouvement impossible. Enfin la douleur qui existe toujours avec le sarcome permettra de porter le diagnostic. Cependant, comme nous l'avons vu, le sarcome ne présente pas toujours ces caractères ; il a parfois la symptomatologie d'un fibrome et sa nature n'est décelée que par l'examen histologique.

Le pronostic est variable suivant le type de la tumeur. Tandis que le myélome et le fibrome sont bénins, le sarcome, sans présenter les caractères de malignité de l'épithélioma, est une affection grave à cause de son évolution relativement rapide et des récidives qui apparaissent après l'opération. La généralisation ganglionnaire paraît rare mais dans plusieurs cas le sarcome envahit tous les organes voisins au point de rendre l'amputation nécessaire. Le fibrome, bénin par lui-même, entraîne par sa présence de la gêne dans les mouvements et doit être opéré de bonne heure à cause de sa transformation possible en sarcome.

TRAITEMENT

I. — Myélomes

Voici ce que dit Heurtaux à leur sujet : « On ne saurait le discuter, il n'y a qu'une seule chose à faire : l'ablation de la tumeur et cette opération doit être pratiquée le plus tôt possible à cause de l'envahissement et de la destruction progressive de la gaîne. Par malheur le plus souvent les malades hésitent à se faire opérer. » L'opération consiste, après incision de la peau, à disséquer la tumeur en ménageant vaisseaux et nerfs et à l'énlever ensuite en coupant avec des ciseaux la gaîne fibreuse au niveau de son insertion. Après avoir enlevé le myélome, il faut prendre garde à ne pas laisser de nodules accessoires.

En suturant les lambeaux cutanés on doit se rappeler que le tendon n'a plus de gaîne et qu'il convient de le brider en se servant de la peau. Voici le procédé qui a été employé par Heurtaux : « L'aiguille munie d'un crin de Florence pénètre dans l'une des lèvres de l'incision à six ou huit millimètres du bord libre et tra-

verse la lèvre opposée à une distance égale ; puis l'aiguille étant plongée dans cette seconde lèvre à cinq ou six millimètres plus loin, mais toujours à la distance de six ou huit millimètres du bord libre, vient traverser à son tour la première lèvre de l'incision à une distance égale.

» Il en résulte une anse dont la disposition rappelle un point de la suture en zigzag et qui, étant serrée, applique étroitement l'une contre l'autre les deux faces profondes de la peau, comme pourrait le faire une suture enchevillée. Trois ou quatre points semblables, s'il est nécessaire, sont placés dans toute la longueur de la plaie ; il en résulte que les deux bords de la peau adaptés l'un à l'autre font à la surface une saillie en forme de crête.

» Quelques points séparés de suture très superficiels au crin de Florence assurent la parfaite réunion. »

II. — **Fibromes**

Pour ces tumeurs aussi il n'y a qu'une indication, c'est l'ablation. On doit la pratiquer le plus tôt possible ; en effet, plus la tumeur est petite, plus une extirpation est facile, et d'autre part, si un fibrome est inoffensif par lui-même, il faut toujours craindre sa dégénérescence en sarcome. L'ablation de la tumeur est une opération facile. L'anesthésie obtenue par quelques injections d'une solution de cocaïne est suffisante pour permettre d'inciser la peau, de disséquer et d'extraire la tumeur sans douleur. Si le fibrome adhère aux tendons, il faudra minu-

tieusement disséquer la tumeur pour léser ceux-ci le moins possible. Si le fibrome se développe aux dépens du tendon lui-même, il faudra supprimer tout le segment de tendon malade et ensuite suturer les deux bouts à des tendons voisins. Si le néoplasme siège au tendon d'Achille, il sera nécessaire de suturer ensemble les deux bouts du tendon auquel on rendra sa longueur normale, suivant un des procédés classiques. Dans tous les cas, la suture de la peau peut être faite sans laisser de drain et la guérison est l'affaire de quelques jours.

III. — Sarcome ou fibro-sarcome

Deux cas absolument différents peuvent se produire : ou bien la tumeur présente tous les caractères du sarcome, ou bien elle présente tous les caractères cliniques du fibrome et sa nature sarcomateuse est révélée par l'examen histologique. Dans ce dernier cas, l'intervention est la même que pour le fibrome : incision de la peau, dissection et extirpation de la tumeur, suture de la peau. Ici comme pour le fibrome, la guérison est l'affaire de peu de jours et si les tendons n'ont pas été lésés une cicatrice de la peau est le seul souvenir qui reste de la maladie.

Dans l'autre cas, les indications opératoires ont donné lieu à des discussions. Certains auteurs estiment qu'il suffit d'extirper la tumeur et les parties avoisinantes qui ont été envahies par elle, mais dans tous les cas où cette

intervention a été pratiquée et où l'examen histologique a confirmé le diagnostic de sarcome, des récidives n'ont pas tardé à paraître au bout d'un temps très court. Aussi nous nous rangeons à l'avis des nombreux chirurgiens qui n'hésitent pas à proposer au malade l'amputation afin d'avoir toutes les chances d'éviter une récidive. A quel niveau doit-elle avoir lieu ? Assez loin de la tumeur pour être sûr de ne laisser dans ce moignon aucun bourgeon néoplasique. L'opération ainsi pratiquée donne de bons résultats.

CONCLUSIONS

I. — Les fibromes, sarcomes et myélomes des tendons et de leurs gaînes sont rares.

II. — Leur étiologie est inconnue ; il semble pourtant que l'arthritisme et les traumatismes répétés interviennent dans leur développement.

III. — Les myélomes sont des tumeurs bénignes caractérisées par la présence de myéloplaxes. Les sarcomes sont le résultat de la transformation histologique des fibromes, aussi trouve-t-on surtout des tumeurs mixtes.

IV. — Le myélome a des caractères cliniques le différenciant nettement. Le fibrome présente toujours le même tableau clinique ; il n'en est pas ainsi du fibrosarcome qui a tantôt la symptomatologie du fibrome, tantôt celle du sarcome. La douleur est un signe caractéristique du sarcome.

V. — Ces divers néoplasmes peuvent être confondus avec certaines synovites.

VI. — Dans tous les cas, il faut intervenir le plus tôt possible. Pour les fibromes et les myélomes, l'opération consiste à extirper la tumeur ; pour les sarcomes, si l'on veut avoir de bons résultats, il faut pratiquer l'amputation au-dessus de la tumeur.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 juillet 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur Délégué,
G. SARDA.

BIBLIOGRAPHIE

Bidard. — Thèse de Paris, 1858.

Bolognesi. — Tumeurs des gaînes synoviales du poignet. Thèse de Paris, 1882.

Broca. — Gazette des Hôpitaux, 1856.

Chassaignac. — Gazette des Hôpitaux, 1852.

Deville. — Bulletin de la Société anatomique. Paris, 1851.

Dumarquay. — Bulletin de la Soc. de chirurgie, 1853, t. IV, p. 127.

Durant. — Tumeur de la main et des doigts. Thèse de Bordeaux, 1893.

Hayem et Graux. — Gazette hebdomadaire, 1878.

Heurtaux. — Myélomes des gaînes tendineuses. Arch. de méd., janvier et février 1891, 7e série, t. XXVIII, p. 40 et 110).

Lejars (F.). — *In* Duplay et Reclus.

Lyot (C.). — *In* Le Dentu et Delbet.

Malherbe. — Congrès français de chirurgie, 1896.

Monprofit. — Bulletin Société anatomique, 23 janvier 1891.

Nélaton. — Clinique, 1856.

Pilliet. — Tumeur myéloïde de la gaîne des fléchisseurs. Soc. anatomique, 1893.

Richet. — Gazette des Hôpitaux, 1867.

Verneuil. — Bulletin de la Soc. anatomique 1854.

Voirin. — Tumeurs fibreuses de l'aponévrose plantaire. Thèse de Paris, 1903-1904, t. LXVI.

Wordeworth. — The Lancet, 1857, p. 63.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!